

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE

N° 102

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

PLACENTOMES BÉNINS

(UNE OBSERVATION)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Juin 1921

PAR

Edmond POLGE

Né à Saint-Martin-de-Valsalques (Gard), le 13 Mars 1893

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	De ROUVILLE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		VALLOIS, professeur.		
		GRYNFELTT, professeur.		
		P. DELMAS, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PLACENTOMES BÉNINS

(UNE OBSERVATION)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLACENTOMES BÉNINS

(UNE OBSERVATION)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Juin 1921

PAR

Edmond POLGE

Né à Saint-Martin-de-Valgagues (Gard), le 13 Mars 1893

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs
de la Thèse

De ROUVILLE, professeur, *Président*.

VALLOIS, professeur.

GRYNFELTT, professeur.

P. DELMAS, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISONNE
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRE.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.)
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

	MM. LEENHARDT.		MM. RICHE.
Médecine ...	GAUSSEL.	Chirurgie	ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur. ...	GALAVIELLE.
Chimie	DELMAS (J.)	Physique	CABANNES.
	MESTREZAT		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. De ROUVILLE, professeur, *président*. | MM. GRYNFELTT, professeur.
 VALLOIS, professeur. | P. DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

E. POLGE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SOEUR ET A MES FRÈRES

A MES CAMARADES DU FRONT

MEIS ET AMICIS

E. POLGE.

AVANT-PROPOS

Qui de nous voulant penser à sa thèse ne s'est bientôt surpris rêvant, l'esprit très loin de son sujet.

Tantôt un souvenir plus saillant de notre prime jeunesse, des longs mois de collège, des premiers examens, de la vie d'étudiant, des rudes impressions vécues pendant la grande guerre. Plus souvent encore ce sont des sentiments plus doux qui nous envahissent et nous pénètrent de la même émotion qu'autrefois; les conseils désintéressés de nos maîtres et de tous ceux qui nous ont aimé, la pensée d'un ami, les souvenirs de notre famille plus chers entre tous à notre cœur.

Mais la vie prochaine nous attire et nous absorbe davantage, l'idéal caressé par chacun semble se rapprocher en dépit même parfois d'une certaine lassitude, de craintes, de peines et d'embûches, nous allons essayer de voler de nos propres ailes, l'inconnu de demain nous attire, nous sourit malgré tout, n'allons-nous pas tenter de réaliser un rêve?

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLACENTOMES BÉNINS

(UNE OBSERVATION)

INTRODUCTION

Des fragments plus ou moins volumineux de placenta peuvent, après un avortement ou un accouchement, être retenus dans la cavité utérine.

Ils peuvent alors :

1° Se putréfier à la faveur d'une infection ou se fragmenter et disparaître;

2° Dégénérer rapidement et se transformer en polype fibrineux;

3° S'organiser, vivre et s'accroître, ce sont alors de véritables polypes placentaires ou placentomes bénins, primitivement dénommés à tort : déciduomes malins;

4° Enfin se transformer en tumeur maligne.

Un cas de placentome bénin d'allure clinique exceptionnelle, a été récemment observé par M. le professeur de Rouville qui a bien voulu accepter la présidence de cette

thèse et nous fournir l'observation très détaillée qui fait la base de notre étude.

Après avoir étudié les symptômes classiques des polypes placentaires en général, travail qui était, comme le disent MM. Labadie, Lagrave et Legueu, dans leur *Traité de Gynécologie*, « complètement à faire », les divers auteurs s'étant surtout adonnés à l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs, nous avons essayé de faire ressortir dans un chapitre spécial toute la symptomatologie si particulière de l'observation de M. de Rouville.

Ayant donné dans notre travail la plus grande place à l'étude clinique nous ne consacrons que quelques pages rapides aux chapitres de l'anatomie pathologique et du traitement si complètement exposés dans les travaux antérieurs.

HISTORIQUE

Velpeau le premier, en 1839, signale les polypes placentaires qui ont été ensuite étudiés par Braun (1860), Valenta-Scanzoni, Jago (1868), Jacquet, Maslowsky (1880), Lacordellé (1884).

Il faut aller jusqu'en 1889 pour trouver le premier travail d'ensemble dû à Anna Klasson. Puis Hartmann et Toupet, en 1895, publient un cas de polype placentaire sous le nom de déciduome bénin dont ils font une étude histologique détaillée. Ils constatèrent que le stroma des villosités choriales est sclérosé et qu'à leur niveau tout revêtement épithélial a disparu.

Merttens, en 1896, dans un travail d'ensemble sur la pathologie du placenta, fait des constatations nouvelles confirmées peu de temps après par Gröfe, Resinelli (1898) Laverigne (1899). Ils apportent la notion incontestée par la suite que les placentomes bénins sont constitués par des villosités bien vivantes munies d'un revêtement syncytial qui ne présente aucune altération dégénérative.

Michaelis, en 1903, Curtis et Ovi en 1906, Estéoule en 1907, publient d'importants travaux anatomo-pathologiques restés définitifs. Depuis J. Le Faure et Biodin, Funk-Brentano en 1908, Rosenthal, Opitz en 1911; Pierret en 1912, rapportent quelques observations isolées.

OBSERVATION

Inédite

(Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville)

Mme V..., 32 ans, infirmière, entre à l'Hôpital Suburbain, le 29 décembre 1919, pour violentes douleurs abdominales.

Antécédents. — Réglée à 13 ans et demi, règles régulières, peu abondantes, dysménorrhée utérine. Mariée à l'âge de 18 ans, n'avait jamais pu avoir d'enfant jusqu'à ce qu'une opération d'Alquié-Alexander, pratiquée en 1910, lui permit d'avoir une grossesse normale en 1911. Depuis, jamais plus aucune grossesse, aucune fausse couche, aucun retard de règles. La malade nie d'ailleurs tout rapport sexuel depuis 1914. Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant à signaler.

Début. — Les suites de couches ont été normales. Depuis son accouchement, notre malade a toujours eu des pertes blanches et, au moment des périodes menstruelles, des douleurs dans la fosse iliaque gauche. Elle a été soignée par des injections et des tamponnements aux ovules; les règles ont toujours été régulières et d'abondance normale. Jamais de ménorragie, ni de métrorragie.

Le 14 décembre 1919, apparition sans incident de l'époque menstruelle survenant à la date attendue. Interruption subite le 16; brusquement, le soir, à 6 heures, crise très violente de douleurs paroxystiques siégeant principa-

lement dans le bas-ventre accompagnées d'un grand frisson.

Repos au lit, cataplasmes laudanisés. La crise dure trois jours. Mais bien que moins fortes, les douleurs persistent obligeant la malade à garder le lit. Les douleurs ont leur siège dans la fosse iliaque gauche.

Quelques jours plus tard, une nouvelle douleur survenue sur le sein droit, engage la malade à rentrer à l'hôpital dans le service de médecine de M. le professeur Ducamp. M. le professeur de Rouville appelé en consultation, fait passer la malade dans son service.

Examen. — Pratiqué le 29 décembre 1919: palpation très douloureuse; défense musculaire considérable. Le toucher est très difficile étant données les atroces douleurs accusées par la malade au moindre contact. On peut tout de même constater que le col est normal, bien fermé, que l'utérus est fixé en avant et tout à fait immobile ne dépassant pas le pubis. Le cul-de-sac latéral gauche et le Douglas sont occupés par une masse dont on peut difficilement apprécier les limites et la consistance du fait de la défense musculaire et des douleurs accusées.

Pas de température; bon état général. La malade est soumise au traitement général médical. Repos au lit, glace sur le ventre, injections et lavements chauds.

Le 14 janvier, les règles apparaissent mais se terminent le lendemain matin.

Le 20 janvier, réapparition d'une légère perte rouge qui ne dure pas. Mais, dans la nuit du 21 au 22, survient une nouvelle crise très douloureuse, en tous points semblable à la première, survenue le mois précédent, dans les mêmes conditions, donnant lieu à un léger écoulement sanguin pendant la journée du lendemain et se terminant le soir du même jour par l'expulsion d'un gros caillot de 8 centimètres de diamètre environ.

Le lendemain, nouvelle expulsion d'un caillot beaucoup plus petit, mais contenant une petite languette de muqueuse utérine.

Un nouveau toucher, pratiqué, donne les mêmes renseignements que le premier, et paraît aussi douloureux.

L'intervention est pratiquée le 3 février 1920. Incision médiane ombilico-pubienne. L'utérus fortement fixé en avant peut difficilement être attiré. De nombreuses adhérences intestinales existent sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus, elles se laissent facilement décoller au doigt. Par contre l'intestin a contracté des adhérences beaucoup plus intimes avec les annexes des deux côtés, plus particulièrement avec les annexes gauches. D'autre part, une masse intestinale est fixée dans le Douglas du fait même de ces adhérences.

Les trompes sont très longues, très fines et fixées aux faces postérieure et latérale de l'utérus.

L'hystérectomie sub-totale est pratiquée.

Examen des pièces. — L'utérus est un peu gros; mou, régulier, d'aspect normal. A la coupe, quel n'est pas l'étonnement de trouver dans sa cavité une petite tumeur pédiculée du volume d'une amande, implantée au niveau de la corne gauche par une base relativement assez large. Cette tumeur d'aspect blanchâtre, légèrement rosée, ne présente aucune trace d'inflammation. Elle ne modifie en rien les régions voisines. Elle ne s'implante pas profondément dans le muscle utérin, qui n'a subi aucune transformation, aucune modification d'épaisseur.

Les trompes sont fines et longues; les ovaires sont scléro-kystiques.

Examen anatomo-pathologique, pratiqué par M. le professeur Massabuau. — La tumeur, bien localisée, présente dans son ensemble une structure alvéolaire. Les alvéoles

limitées par du tissu conjonctif dense renferment des cellules de type épithélial.

Ce sont des cellules à contour irrégulièrement polygonal : le protoplasma est très clair avec de multiples vacuoles et se condense à la périphérie de l'élément pour former une sorte de capsule : noyau central, arrondi, avec des figures de division assez fréquentes.

On voit apparaître en certains points et notamment dans les parties périphériques de la tumeur, au milieu des alvéoles épithéliaux de grands placards protoplasmiques multinucléés qui tranchent par leur volume et leur coloration plus foncée sur l'ensemble clair des préparations : il y a des points où ces plasmodes sont très nombreux et forment des bandes protoplasmiques allongées limitant ou bordant des espaces remplis de sang.

Cellules claires à type Langhans et volumineux plasmodes multinucléés sont les deux éléments essentiels de la tumeur.

Il s'agit d'un *placentome bénin* encore limité et ne présentant pas une tendance exagérée à la prolifération.

ETUDE CLINIQUE GENERALE

ETIOLOGIE

Les placentomes bénins sont le résultat d'une délivrance incomplète dans laquelle il reste des morceaux de placenta dans l'utérus.

La notion d'âge est peu intéressante; ces tumeurs correspondant à la période de l'activité génitale. L'âge noté sur les observations varie de 19 à 40 ans.

Cet accident est fréquent dans les avortements et surtout dans ceux qui surviennent après le troisième mois de la grossesse, car dans les premiers mois de la gestation en effet l'œuf sort en entier.

Les causes de rétention d'une partie du délivre sont nombreuses et bien connues, mais en réalité elles semblent devoir être attribuées plus fréquemment aux avortements criminels.

Bien plus rarement, le placentome bénin s'observe après un accouchement à terme et si une rétention placentaire a eu lieu, c'est en général parce que l'on a été obligé d'avoir recours à la délivrance artificielle.

Mais la délivrance naturelle n'est pas cependant sans devoir être incriminée.

SYMPTOMATOLOGIE

L'interrogatoire de la femme n'est pas toujours chose aisée. Que de fois la malade ne veut-elle pas révéler la véritable cause de son mal. Dans un cas de Bender, relaté par Estéoule, la malade n'avoua un avortement qu'après l'intervention, malgré toutes les investigations antérieures de son médecin. D'autres fois, il est impossible d'établir au moyen des renseignements fournis par la malade s'il y a eu grossesse? s'il y a eu avortement? Les fausses couches du deuxième ou troisième mois passent souvent, de fort bonne foi, inaperçues.

Par contre, combien de fois prend-t-on un simple retard de règles avec quelques coliques pour une fausse couche?...

SIGNES FONCTIONNELS. — Trois grands symptômes dominent toute l'étude clinique des polypes placentaires.

Ce sont:

- Les hémorragies;
- Les douleurs;
- L'altération de l'état général.

Hémorragies. — C'est le symptôme le plus important c'est lui qui se place au premier rang et qui, dans de nombreux cas, occupe à lui seul tout le cadre symptomatique. Mais, par contre, ce qui semble importer le plus et nous y

reviendrons au chapitre suivant, c'est que ce symptôme primordial peut parfois faire totalement défaut.

L'intérêt particulier des polypes placentaires tient à ce qu'ils peuvent rester pendant un certain temps à l'état latent pour ainsi dire et ne donner l'éveil que longtemps après l'accouchement ou l'avortement. Les hémorragies peuvent ne se manifester que des semaines, des mois parfois même des années après que les couches se sont terminées d'une façon en apparence normale. Cette possibilité d'apparition tardive des symptômes peut masquer complètement la nature de ces tumeurs.

Si, d'après les diverses observations parues, nous relevons les dates d'apparition du premier symptôme hémorragique, nous constatons que, dans des cas assez nombreux, l'hémorragie s'est déclarée aussitôt après l'avortement, comme dans le cas de Harttmann et Goret, sans jamais céder à aucun traitement.

La grande moyenne cependant paraît être de six à douze mois (Bender, Estéoule, Curtis). J.-L. Faure nous parle de quatre ans. Pillet a relaté une rétention datant de six ans. Schenck, cité par Rambaud, donne un cas de dix-sept ans dont Rambaud suspecte d'ailleurs l'authenticité, nous verrons tout à l'heure que la malade de M. de Rouville n'avait eu aucune grossesse depuis neuf ans.

Ces hémorragies sont constituées parfois par de véritables pertes rouges, dans d'autres cas l'écoulement est à peine rosé.

En général, l'hémorragie est continuelle, débutant par un petit suintement, augmentant progressivement de fréquence et d'abondance pour ne jamais cesser. Goret, dans sa thèse signale un cas où une femme perdait ainsi depuis quatorze mois.

Dans d'autres cas, les métrorragies apparaissent, sou-

dainement, par une violente hémorragies « tellement violent nous dit Curtis que la malade tombe en syncope et doit rester alitée trois mois avant de retrouver ses forces ». Elles peuvent être irrégulières, capricieuses, apparaissant et disparaissant sans cause et ne se présentant parfois que sous une forme ménorragique.

La vraie caractéristique de ces hémorragies est de ne céder à aucun moyen thérapeutique.

Douleurs. — Ce second symptôme est bien moins fréquemment signalé. Ce sont soit des douleurs et tiraillements lombaires, soit des coliques utérines « très fortes, subintrantes », nous dit Anna Klasson, mais cédant en tous cas rapidement. Certaines femmes, par contre, ne souffrent jamais.

Etat général. — L'état général est presque toujours mauvais. Les hémorragies abondantes anémient rapidement les malades qui sont pâles, amaigries « tombant en syncope à chaque instant » (Ebstein), présentant tous les symptômes d'une chloro-anémie avancée. Une malade de J.-L. Faure avait ainsi perdu 15 kilos.

A côté se place un certain nombre de petits symptômes présentant un intérêt plus secondaire, tels que coliques fréquentes, troubles gastro-intestinaux, nausées, vomissements et diarrhée, quelquefois même on observe des troubles nerveux et du délire.

Signes physiques. — Le toucher peut, dans certains cas, mettre sur la voie d'un diagnostic exact.

L'orifice du col, en général légèrement entr'ouvert, peut être beaucoup plus dilaté, permettant l'introduction du doigt; on l'a signalé atteignant la dimension d'une pièce de deux francs (Klasson), d'une pièce de cinq francs (Hart-

mann), mais il s'agissait alors d'une tumeur s'accouchant par le col.

Le col peut être gros, ramolli, hypertrophié.

L'utérus est généralement volumineux, dépassant de un ou deux travers de doigt le pubis, dur, globuleux, parfois un peu douloureux, difficilement mobilisable..

Les annexes sont signalées comme toujours saines. Dans un cas de Curtis, il y avait cependant un gros kyste de l'ovaire d'un côté et un ovaire scléro-kystique de l'autre.

Jamais aucun ganglion, ni aucune métastase.

PARTICULARITES DE NOTRE OBSERVATION

Rien ou à peu près de toute la symptomatologie précédente classique ne se retrouve dans l'observation que nous publions. L'utérus paraît avoir parfaitement bien supporté la présence aussi longue du corps étranger que lui formait cette tumeur.

Ce polype placentaire fut une découverte opératoire. Cliniquement, il ne se révélait par rien et le diagnostic en était impossible.

La malade nie non seulement toute grossesse, mais encore toute possibilité de grossesse depuis 1914. Elle affirme n'avoir été enceinte qu'une fois en 1911 et n'accuse même aucun retard, aucune abondance anormale des règles. Les bons renseignements recueillis sur la malade permettent d'ajouter foi à ses affirmations.

Quels sont donc les faits particuliers que nous apporte cette observation.

1° La rétention placentaire a eu lieu après un accouchement à terme.

2° Elle dure depuis neuf ans;

3° Jamais aucun syndrome hémorragique. Les règles sont toujours régulières et d'abondance normale. Au lieu d'être augmentées, elles sont au contraire interrompues à deux reprises par des crises douloureuses.

4° L'état général est excellent.

5° Le col est bien fermé et l'utérus ne dépasse pas le pubis.

Tous les symptômes primordiaux du polype placentaire manquent donc.

La symptomatologie accusée par la malade, crises douloureuses très violentes survenant au moment des règles, toucher presque impraticable de par les atroces douleurs qu'il provoque, évacuation de caillots sanguins consécutifs, doit semble-t-il être rapportée à un épisode aigu d'une inflammation de l'appareil génital que l'intervention a révélée. L'utérus était fortement fixé en avant, ce qui peut expliquer les deux crises douloureuses des deux dernières époques menstruelles.

Des adhérences intestinales nombreuses existaient sur l'utérus et les annexes laissant ainsi fixée dans le Douglas une masse intestinale qui formait certainement la tumeur révélée par le toucher dans le cul-de-sac gauche. Les trompes longues et fines se dirigent vers les ovaires sclérokystiques. Autant de circonstances qui éclairent rétrospectivement la symptomatologie.

Il paraît naturel de penser que le polype placentaire avait uniquement entretenu une infection chronique qui dans les deux ou trois premières années, après l'accouchement, avait provoqué des pertes blanches et consécutivement de la salpingo-ovarite expliquant les nombreuses adhérences intestinales. D'autre part, l'utérus déjà fortement fixé en avant, depuis 1910, par un Alquié Alexander a probablement subi une coudure accidentelle sous l'influence d'une congestion de l'organe, ce qui expliquerait la rétention du flux menstruel, les crises douloureuses consécutives, ainsi que l'expulsion de caillots.

Peut-être aussi, puisque avec le deuxième caillot, il y a eu expulsion d'une petite languette de muqueuse que le

laboratoire a révélé être partie constituante de la tumeur, peut-être avons-nous assisté, après neuf ans au réveil de la latence prolongée de ce placentome jusque là bénin.

Peut-être si une intervention radicale n'avait pas été pratiquée, y aurait-il eu : évolution maligne. M. le professeur Massabau, dans son examen anatomo-pathologique conclut en effet : « Qu'il s'agit d'un placentome bénin encore limité et ne présentant pas une tendance exagérée à la prolifération ».

Cette tendance n'est que peu marquée, mais paraît donc exister tout de même. Nous pouvons alors déduire de tout ce qui précède que, dans certains cas, l'utérus peut parfaitement bien tolérer des polypes placentaires pendant de très longues années, sans donner naissance à aucun symptôme important.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MM. Forgue et Massabuau, dans leur *Traité de Gynécologie*, résument ainsi la question anatomo-pathologique :

Les polypes placentaires sont de petites tumeurs du volume d'une amande ou d'une cerise à surface irrégulière et mamelonnée.

Elles s'implantent, en général, au niveau du fond de l'utérus, quelquefois au voisinage des cornes utérines. Le polype est tantôt pédiculé, tantôt adhérent à la paroi utérine par une large base; la paroi utérine n'est nullement amincie à son niveau, comme dans le chorio-épithéliome. La muqueuse du corps présente habituellement des lésions concomitantes d'endométrite; elle est épaissie, fongueuse ou villeuse.

Au point de vue histologique, on peut distinguer trois zones dans la coupe d'un polype placentaire.

a) Une zone périphérique constituée par une masse de fibrine qui enveloppe la tumeur.

) Une zone moyenne formée par des villosités choriales en plus ou moins grand nombre, séparées les unes des autres par des lacunes sanguines. Il est exceptionnel, dans les cas où la tumeur se révèle cliniquement de trouver, comme dans le cas d'Hartmann et de Toupet, des villosités mortes, dont l'axe conjonctif est sclérosé, et avasculaire, dont le revêtement épithélial a disparu.

Habituellement les villosités sont bien vivantes. Le syncitium et les cellules de Langhans sont bien colorés et ne présentent aucun signe de dégénérescence. Quelquefois même le revêtement syncitial bourgeonne, habituellement de façon discrète, parfois d'une façon exubérante, comme dans deux observations de Bender : ce sont les cas dans lesquels il faut craindre une transformation du polype placentaire en chorio-épithéliome.

c) Une zone profonde, constituée par la caduque utérine en état de subinvolution ; elle présente une infiltration abondante de cellules embryonnaires ; les cellules déciduales y sont encore reconnaissables ; entre elles peuvent se trouver des masses plasmodiales. Le tissu musculaire sous-jacent ne présente aucune modification importante.

EVOLUTION — DIAGNOSTIC

Le diagnostic de ces tumeurs est celui de tous les polypes de l'utérus. Cliniquement, il est presque impossible à faire, sauf si l'on pratique le toucher intra-utérin.

Ce qui importe dans les polypes placentaires, et ce qu'il faut prendre en sérieuse considération, c'est ce fait que les polypes placentaires renferment des éléments de l'ectoderme fœtal dont la nature est fondamentalement envahissante. Ces éléments : syncytiaux et cellules de Langhans demeurent le plus souvent endormis, vivant d'une vie latente, mais on peut, on doit même toujours en craindre le réveil. Un polype placentaire constituera donc toujours pour une malade : « un parasite dangereux » dont il importe de la débarrasser au plus tôt.

TRAITEMENT

Le seul traitement applicable est le curettage énergique, arrivant à déterger complètement les muscles utérins. Un fragment de tissu retiré à la curette devra toujours être examiné histologiquement. La possibilité d'une transformation maligne devant toujours être présente à l'esprit.

On peut être amené à pratiquer d'emblée l'hystérectomie en raison soit du caractère destructif et envahissant de certaines de ces tumeurs, histologiquement bénignes, comme J.-L. Faure en a rapporté un cas, soit du fait de lésions concomitantes comme dans le cas de M. de Rouville.

CONCLUSIONS

I. — Les placentomes bénins s'observent surtout après des avortements. L'accouchement à terme est bien moins fréquemment incriminé.

II. — Les symptômes classiques: hémorragies, douleurs, altération de l'état général, col entr'ouvert, peuvent dans certains cas faire totalement défaut, malgré la présence *in utero* d'un polype placentaire datant de neuf ans, comme dans l'observation ci-jointe, et ce polype placentaire n'être qu'une découverte opératoire.

III. — Du volume d'une amande, les placentomes bénins sont constitués par des villosités choriales bien vivantes. Syncytium et cellules de Langhans peuvent proliférer et subir une transformation maligne.

IV. — Aussi l'ablation de la tumeur par un curettage énergique devra-t-elle être pratiquée le plus tôt possible.

BIBLIOGRAPHIE

- BRIQUEL. — *Thèse de Nancy*, 1902-03 n° 23.
- CURTIS et OUI. — *Ann. de Gyn.*, juillet 1904, p. 385.
- EBSTEIN. — *Thèse de Paris*, 1872.
- ESTÉOULE. — *Thèse de Paris*, 1905.
- FAURE (J.-L.) et BOIDIN. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1909, p. 84.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de Gyn.*, 1916.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gyn.*, 1914.
- FREUND. — *Zeitschrift f. Gyn.*, 1900.
- FUNCK-BRENTANO. — *La Gynécologie* novembre 1908.
- GORET. — *Thèse de Paris*, 1894, n° 475.
- GROEFE. — *Festschrift f. Carl Ruge*, 1896.
- HARTMANN et COUPET. — *Ann. de Gyn.* avril 1895, p. 285.
- KLASSON. — *Ann. de Gyn.*, 1889, t. XXXI, p. 185 et 191.
- KOTTNITZ. — *Deutsche Med. Woch.*, 1893, p. 497.
- KREBS. — *Monatschrift f. Geh. und Gyn.*, 1900.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de Gyn.*, 1911.
- LANGHANS. — *Beiträge zur Geh. und Gyn.*, 1901, V, p. 1.
- LAVERGE. — *Thèse de Leide*, 1899.
- MERTTENS. — *Zeitschrift f. Geh. und Gyn.*, 1894.
- MICHAELIS. — *Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, 1903, Bd 17, p. 779.
- OPITZ. — *Soc. obs. et gyn. du moyen Rhin*, 21 mai 1911.
- PIERRET. — *Echo Médical du Nord*, t. XVI, n° 19, 1912, p. 227-233.

- PILLET. — *Société d'Anat.*, avril 1891, p. 236.
PITHA. — *Ann. Obst. et Gyn.*, 1906.
REEB. — *Arch. f. Gyn.*, 1904.
RESINELLI. — *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1898.
ROSENTHAL. — *Soc. de Gyn. de Breslau*, 21 mars 1911.
SIEGEL et DELVAL. — *Ann. Obst. et Gyn.*, 1908.
SCHICKELE. — *Beitrage zur Gebreitschiffe und Gyn.*, 1908,
t XII, 1-2; résumé dans *Revue de Chirurgie*, 1908,
p. 768.
TERRADES. — *Revista de Medicina y Cirurgia*, n° 6, juin
1909.
THIERY. — *Bulletin et Mémoire Soc. de Chirurgie de Pa-*
ris, 1906.
WISSART. — *Thèse de Paris*, 1888.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 27 mai 1921.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 25 mai 1921.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
